

## SAÚDE ORAL NO JARDIM-DE-INFÂNCIA: UM PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO-ACÇÃO

Isabel Esteves<sup>1,2</sup>  
Zélia Anastácio<sup>1,3</sup>

### INTRODUÇÃO

Com o evoluir dos tempos, as últimas décadas tornaram-se férteis em mudanças na forma de vida, nos saberes, nos valores e nas mais diversas atitudes. Vivendo numa época de mudança representada pela ânsia de aproveitar a vida, pelo usufruir dos bens de consumo e de prazer, pela rejeição do sofrimento e por um certo individualismo, adoptamos diferentes estilos de vida que demonstram uma crescente preocupação com o bem-estar, com a saúde e com uma vida de qualidade (Dias, 2000). Ao mesmo tempo, perante a ânsia de viver expressada no desejo de levar a cabo projectos e sonhos, vemo-nos envolvidos num ritmo de vida caracterizado por ansiedade e desassossego, onde gerir o tempo se torna uma obrigação difícil.

Com tudo isto, o tempo para viver a vida propriamente dita, esgota-se e com ele, por vezes, esgota-se a calma, a paciência e a capacidade de lidar com os outros. Este contexto retrata o dia-a-dia de inúmeras pessoas, adultos e pais que, absorvidos e preocupados em alcançar uma maior qualidade de vida para si e para aqueles que os rodeiam, se esquecem de atender e despende tempo e atenção às suas crianças. Atendendo a estes pressupostos, alcançamos a realidade dos dias de hoje: as crianças permanecem nas creches, jardins-de-infância, escolas, ..., horas sem fim. Passando nestes espaços grande parte da infância, as crianças fazem aprendizagens em diversos domínios (Freitas *et al.*, 2000). Aproveitando todo este tempo, as crianças deverão ter a oportunidade de começar a adquirir conhecimentos científicos e hábitos sociais, que permitirão enfrentar problemas da vida. Aliados a estes, deverão estar presentes os conhecimentos e hábitos de saúde, que, por sua vez, permitirão atingir o maior nível de saúde física, mental e social (Sanmarti, 1998)<sup>2</sup>. Possibilitar-se-á, desta forma, uma igualdade entre todas as crianças, que terão o direito à saúde, independentemente das suas famílias e respectivos níveis sociais.

Parece fácil assumir perante todos estes propósitos que as creches, jardins-de-infância, escolas deverão ocupar um papel fundamental na educação para a saúde. Assim, compreende-se entre estes dois campos – a educação e a saúde – uma total inter-relação apesar de aparentemente distintos à primeira vista. Reunindo estes dois termos numa mesma expressão – *Educação para a Saúde* – estamos portanto, perante um processo com variadas estratégias que aspiram que os indivíduos e a comunidade se capacitem - “*empowerment*” - ganhando controlo sobre as decisões/acções que afectam a sua saúde, (Delp, Brown & Domenzain, 2005; Shearer & Reed, 2004)<sup>3</sup>.

Pretende-se, desta forma, com a Educação para a Saúde a escolha de modos de vida adequados e saudáveis, atendendo a que “*grande parte dos problemas de saúde causadores de morte e morbilidade estão relacionados com o estilo de vida, no qual se*

<sup>1</sup>CIFPEC – Instituto de Educação - Universidade do Minho, Braga

<sup>2</sup>isa.alves.esteves@gmail.com

<sup>3</sup>zeliaf@ie.uminho.pt

*incluem os comportamentos de saúde”* (Precioso, 2004:18).

É, no entanto, óbvio que alterar os comportamentos para atingir um modo de vida adequado interfere com muitos aspectos da vida do ser humano, face à complexidade do seu comportamento. Tal direcciona-nos para a *“necessidade de actuar globalmente em todas as esferas, sistemas e sub-sistemas da vida humana para se obterem mudanças de comportamento efectivas, sustentáveis e duradoiras”* (Precioso, 2004:19). Perante esta realidade, terão de existir actuações ou intervenções em vários contextos ou ambientes (Carvalho & Carvalho, 2006).

Destacamos aqui primeiramente o **ambiente familiar**, uma vez que, sendo a criança um ser em permanente desenvolvimento, é importante que, desde logo, cresça e se desenvolva rumo a um modo de vida que lhe permita futuramente viver com qualidade. Para que tal seja passível de acontecer, a responsabilidade recai inevitavelmente nos primeiros educadores da criança - os pais -, pois estes são os elementos que contribuem em maior escala para a formação da identidade da criança num previsível ambiente de afecto, segurança e estabilidade, transmitindo-lhe conhecimentos, valores e práticas.

Assim, acompanhadas pelos pais e família, crescendo, desenvolvendo-se e adaptando-se ao seu mundo familiar, adquirindo conhecimentos, valores e práticas próprias, as crianças, umas mais cedo e outras mais tarde, deparam-se inevitavelmente com um momento de especial e enorme importância: o ingresso num novo ambiente, o **meio escolar ou pré-escolar**. Habitadas a um ambiente mais familiar, as crianças vêem-se perante um todo novo contexto rodeadas de elementos diferentes. Perante este novo mundo, é importante que as crianças tenham um clima de apoio interpessoal que lhes permita alcançar um bem-estar, caminhando para uma aprendizagem activa (Hohmann & Weikart, 2003), alcançando novos conhecimentos, valores e práticas comportamentais.

Escolas, Jardins-de-Infância, Infantários, Instituições Públicas de Solidariedade Social encontram-se repletas de uma pluralidade de crianças provenientes de famílias de diferentes níveis sociais, o que invoca a indispensabilidade de destacar, num contexto real, a área da Educação para a Saúde. Tal imprescindibilidade surge uma vez que nem todos os pais/encarregados de educação possibilitam as melhores ou mais eficazes condições de saúde aos seus educandos, pelo que a educação escolar/pré-escolar deve, desde logo, ser complementar da acção educativa da família.

Intensifica-se assim, de acordo com Precioso (2004:17), a forma de encarar a escola como *“um dos locais privilegiados para fazer Educação para a Saúde”*. Este autor justifica a sua afirmação por diversos motivos: em primeiro lugar, o facto de todas as crianças, mais tarde ou mais cedo, frequentarem o sistema de ensino possibilita que a Educação para a Saúde atinja um elevado número de crianças (Sanmarti, 1988; Pardal, 1990; Nebot, 1999)<sup>4</sup>; em segundo lugar, porque vários estudos comprovam que as raízes do comportamento humano se situam na infância e adolescência (Sanmarti, 1988; Lima, 1995)<sup>5</sup>, altura em que as crianças e jovens estão mais receptivos a adquirem conhecimentos e hábitos saudáveis; em terceiro e último lugar, a Educação para a Saúde nas Escolas aparece facilitada pela participação de profissionais preparados para educar

(Nebot, 1999)<sup>6</sup>.

Como tal, a escola é verdadeiramente consagrada como *“uma das plataformas para a promoção da saúde, da qualidade de vida e da prevenção da doença em crianças e adolescentes”* (Declaração de Liverpool, 2005)<sup>7</sup>. Falamos desta forma, de Escolas Promotoras da Saúde que assentam, segundo Oliveira e Fonte (2008:586), *“no princípio de que a promoção se dirige ao desenvolvimento permanente das pessoas, que saberão confrontar-se consigo e com o meio, conseguindo construir um projecto de vida”*.

Tudo isto vai igualmente ao encontro da aplicabilidade que se aspira atingir desta temática no âmbito da primeira infância, envolvendo toda a educação pré-escolar, onde se procura favorecer a formação e o desenvolvimento equilibrado da criança. Para tal, é essencial que o Jardim-de-Infância privilegie a Educação para a Saúde, contribuindo desde cedo *“para que as crianças entendam a importância de estar e manter-se saudável”* (Wiley & Hendricks, 1998; Geiger, 1999; Sigampa *et al.*, 2005; Bagby & Adams, 2007; Domitrovich *et al.*, 2007)<sup>8</sup>. Para o conseguir, *“na Educação de Infância, (...) são valorizadas e incentivadas as actividades e/ou projectos que promovem a saúde”* (Gil & Diniz, 2008:2). Estas actividades são, por norma, detentoras de um carácter lúdico e criativo que favorecem a aquisição de um conjunto de aprendizagens para que as crianças adoptem práticas saudáveis (Gil & Diniz, 2009).

É fundamental inserir neste ponto, a higiene, visto esta ser essencial para a saúde individual e colectiva das crianças em qualquer contexto de vida.

Contextualizando, o dia-a-dia da realidade pré-escolar compreende inevitavelmente uma rotina, alternando momentos de actividade com momentos de transição, que ajuda a criança a sentir-se segura e integrada (Hohmann & Weikart, 2003). A rotina privilegia as actividades de carácter flexível, mas também inúmeros momentos que se relacionam com a saúde e higiene das crianças. Consegue-se desta forma, que a criança tenha oportunidade de cuidar da sua higiene e saúde (DGS, 2005), criando hábitos/bases diárias que assimiladas desde cedo serão mais facilmente preservadas durante a vida. No seguimento desta ideia, é óbvio que um hábito a criar será a preservação de uma boa higiene oral, na medida em que esta se apresenta como um ponto de referência no combate às doenças orais que aparecem como um dos principais problemas de saúde, afectando, em grande escala, a faixa infantil (DGS, 2005).

A saúde oral é, portanto, *“parte integrante da saúde em geral”* (DGS, 2002:5), revestindo-se de importância ao revelar a essência do ser humano, permitindo-lhe a capacidade de falar, sorrir, suspirar, beijar, saborear, mastigar, engolir, entre outros (Regra, 2005)<sup>9</sup>. É indispensável para a qualidade de vida e bem-estar, interferindo directamente com o crescimento e desenvolvimento do indivíduo, com o seu aspecto ou aparência e com a possibilidade de expressar um mundo de sentimentos e emoções.

Atendendo a estas características e para responder às metas para a saúde oral apontadas para 2020 pela Organização Mundial de Saúde, torna-se importante *“um reforço das acções de promoção de saúde e prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação”* (DGS, 2005:5).

Pretende-se, tal como aparece explicitamente no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (DGS, 2005), um trabalho de equipa conciliando os profissionais de saúde com os de educação, aliando ainda os pais das crianças numa parceria necessária. Favorece-se amplamente a higiene oral para as crianças, destacando-se as indicações para os Jardins-de-Infância: *“integrar a educação para a saúde e a higiene no Projecto Educativo e efectuar uma escovagem de dentes no Jardim-de-Infância”* (DGS, 2005:12).

Os Educadores de Infância deverão, neste âmbito, adoptar a aplicação de programas para sensibilização e aquisição/melhoria de conhecimentos, valores e atitudes/práticas das crianças. Deverão igualmente privilegiar a interacção com os pais ou encarregados de educação, percebendo as suas formas de reacção para agir em conformidade com as suas necessidades. Para tal, será também necessário que os educadores/professores se sintam sensibilizados e englobados no processo de promoção de saúde oral, o que requererá um trabalho dos próprios profissionais de saúde, que demonstre as potencialidades da aplicação destes programas para as crianças e para a população portuguesa futura. Poder-se-á desta forma, conseguir o apoio dos docentes, que se constitui como um elemento-chave em todo o processo, permitindo igualmente a criação de uma ponte entre os pais/encarregados de educação e os técnicos de saúde.

No entanto, a saúde/higiene oral nos jardins-de-infância e escolas, apesar de se encontrar fortemente referenciada e aconselhada no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (DGS, 2005), é ainda uma área controversa, perante a qual se discutem opiniões divergentes provenientes de diferentes intervenientes nestas questões, onde se pretendem evidenciar benefícios e/ou riscos.

Esta investigação na área da saúde oral procura alcançar respostas que possibilitem clarificar ideias e opiniões sobre os efectivos benefícios e/ou riscos da higiene oral no Jardim-de-Infância.

## METODOLOGIA

No sentido de procurar a resposta à questão de investigação – ***“Higiene Oral nos Jardins-de-Infância: um benefício ou um risco?”*** – traçamos como objectivo geral: explorar os benefícios e/ou riscos da abordagem da área da saúde e higiene oral nos Jardins-de-Infância. Por sua vez, como objectivos específicos definimos: aferir conhecimentos, valores e atitudes das crianças sobre higiene e saúde oral; aplicar um programa de intervenção pedagógico com sessões estruturadas para a higiene oral; avaliar os resultados da acção pedagógica por meio de um questionário utilizado como pré-teste e pós-teste; e aferir as opiniões de pais/ encarregados de educação, médicos dentistas e educadoras sobre a temática em estudo.

Para alcançar estes objectivos, debruçamo-nos sobre a **investigação-acção**, adoptando-a, uma vez que é a que mais se adequa à situação contextual deste estudo, sendo definida *“como o estudo de uma situação social no sentido de melhorar a qualidade da acção que nela decorre”* (Elliott, 1991:69)<sup>10</sup>, aspecto ambicionado no contexto de ambiente educativo.

Considerando as directrizes da investigação-acção, adoptamos uma abordagem

metodológica de investigação específica: o estudo de caso, que se encontra adequado quando há a pretensão de incidir m contexto próprio. Como tal, este estudo incluiu uma amostra de conveniência, por ter sido seleccionada intencionalmente. É uma amostra não-probabilística, escolhida *“de acordo com um ou mais critérios julgados importantes pelo investigador tendo em conta os objectivos do trabalho de investigação que está a realizar”* (Carmo & Ferreira, 2008:210).

Participaram assim, neste estudo, 42 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, que frequentavam 2 jardins-de-infância.

Como instrumentos de recolha de dados, optámos primeiramente por questionários mistos compostos por questões apresentadas por escrito, tendo como principal objectivo uma avaliação sumária de concepções, valores e atitudes das pessoas a quem se aplicam (Sousa, 2005). Podemos ainda denominar estes questionários de administração indirecta, uma vez que foi a investigadora que o preencheu (Quivy & Campenhoudt, 1992) à medida que foi colocando as questões oral e individualmente a cada criança. Adoptando a designação de Cohen *et al.* (2008), estes podem ser designados como uma espécie de *questionários-entrevista*, considerados extremamente úteis quando os indivíduos questionados apresentam problemas em ler ou escrever.

O questionário, após a sua redacção, foi testado, averiguando a sua validade e precisão. Constituiu um indispensável instrumento, por ser usado em dois momentos: como *pré-teste* (fase de diagnóstico), para aferir e avaliar conhecimentos, valores e atitudes das crianças em relação à temática da higiene, particularmente a oral, antes do programa de intervenção pedagógico (acção); e como *pós-teste* (fase de avaliação), após o respectivo programa para inferir acerca de uma possível mudança conceptual.

Com os dados obtidos nos dois momentos, construiu-se uma base de dados no Programa SPSS. Depois da análise descritiva, aplicou-se o Teste T para amostras emparelhadas, tendo-se estabelecido como nível de significância  $p < 0,050$ .

Para além dos questionários, outras técnicas de investigação – a observação e as entrevistas a pais, dentistas e educadoras – foram aplicadas, para adquirir informação complementar e conhecer opiniões de diversos intervenientes educativos sobre a temática.

Para a recolha e tratamento dos dados das entrevistas recorreu-se à sua gravação e transcrição fiel, usando-se posteriormente o programa informático NVIVO 8 para auxiliar na análise de conteúdo.

Adoptando portanto, a metodologia investigação-acção e estas técnicas de investigação, compreende-se a necessidade do Programa de Intervenção Pedagógica, caracterizado como intencional e lúdico, para atingir as mudanças pretendidas.

Genericamente, o programa foi constituído por sessões, que privilegiaram as áreas de conteúdo presentes nas Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (ME, 1997), atendendo à transversalidade da área que se pretendia trabalhar: a educação para a saúde. As sessões pretenderam de uma forma geral, **promover a aquisição e/ou** melhoria de conhecimentos, valores e atitudes das crianças sobre a saúde e higiene, particularmente

a oral.

## RESULTADOS

Com a metodologia eleita e o recurso às diferentes técnicas de investigação alcançámos resultados que comprovaram efectivamente alterações significativas nos conhecimentos, valores e atitudes das crianças.

Ao observar o conjunto de todos os resultados constatámos a existência de alterações significativas em mais de um terço das respostas. Este número poderia ser ainda mais elevado se os resultados do Pré-Teste não evidenciassem, desde logo, uma maioria de comportamentos, valores e atitudes adequados e correctos. Há, assim a destacar que, de entre o universo dos resultados sem alterações significativas, cerca de três quartos das respostas do Pré-Teste já demonstravam uma maioria, ou mesmo totalidade de respostas adequadas ou correctas por parte das crianças.

Dos resultados provenientes deste estudo, salientamos o crescente envolvimento das crianças na área, justificado pelas várias alterações significativas. Direccionando-nos para a área da higiene oral, as crianças partilharam conhecimentos que evidenciam a sua proximidade com esta matéria.

Focando-nos na questão “*O que existe dentro da boca?*”, os resultados permitem-nos observar diferenças nas respostas ao Pré e ao Pós-Teste, sendo que as últimas se encontram mais completas, referindo maior número de elementos existentes na boca. No gráfico relativo ao Pré-Teste (figura 1), observamos um valor dominante de 54,8% com a resposta “dentes e língua”. Destaca-se também a resposta “dentes” com 26,2% e a resposta “língua” com 7,1%. As restantes respostas com apenas 2,4% cada encontram-se designadas como “não sei”; “nada”; “dentes, língua, lábios e garganta” e “dentes, língua e gengivas”. Esta última resposta, “dentes, língua e gengivas” aparece igualmente no Pós-Teste (figura 2), aumentando a sua percentagem de 2,4 para 7,1%. Também a resposta: “dentes, língua, lábios e garganta” continua a aparecer no Pós-Teste, permanecendo com 2,4%. Verifica-se ainda que a resposta “dentes” diminui bastante atingindo o mínimo de 2,4%, ao mesmo tempo que “dentes e língua” alcança os 76,2%. Para além destas respostas, surgiram ainda outras: “dentes, língua e lábios” (4,8%); “dentes, língua e céu-da-boca” (4,8%) e “dentes, língua, céu-da-boca e gengivas” (2,4%).

As mudanças do pré-teste para o pós-teste são estatisticamente significativas ( $p=0,003$ ;  $gl=41$ ;  $t=-3,135$ ).

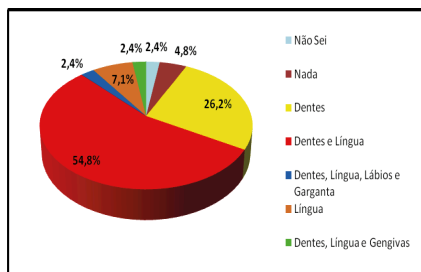


Figura 1. Constituintes da Boca – Pré-Teste

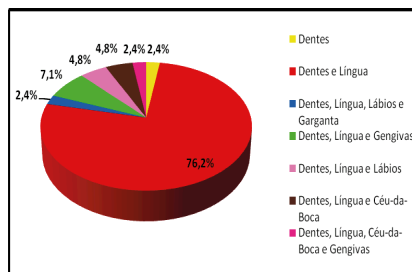


Figura 2. Constituintes da Boca Pós-Teste

Relativamente à questão “*Para que servem os dentes?*”, tanto no Pré como no Pós-Teste se destaca a resposta “**para comer/mastigar**” que passa de 52,4 para 61,9%. No Pré-Teste (Figura 3), sobressai igualmente a resposta “**para lavar**” com 26,2%, que diminui depois para 7,1%. Como resposta comum nos dois gráficos surge também “**para comer e lavar**”, cujos valores se alteram de 7,1 para 9,5%. Ainda no Pré-Teste encontramos as respostas “**não sei**” (11,9%) e “**para falar e lavar**” (2,4%). No Pós-Teste (Figura 4), as respostas entrecruzam-se um pouco, resultando as respostas: “**para comer e beber**” (4,8%); “**para comer, lavar e falar**” (2,4%); e “**para comer, lavar e outros**” (11,9%). Surge ainda um valor mínimo sem resposta (2,4%).

Estas alterações além de serem visíveis nos gráficos das figuras 3 e 4 são comprovadas como significativas pelo Teste T ( $p < 0,0001$ ;  $gl = 40$ ;  $t = -4,219$ ).

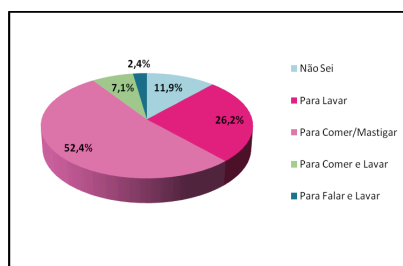


Figura 3. Função dos Dentes – Pré-Teste

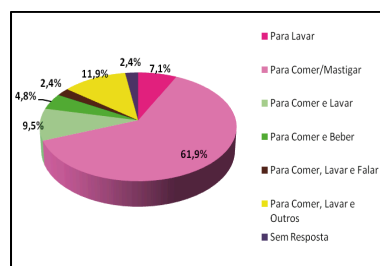


Figura 4. Função dos Dentes – Pós-Teste

Prosseguindo para a questão “*Os dentes são todos iguais, têm a mesma forma ou tamanho?*”, podemos observar os gráficos das figuras 5 e 6. Se no Pré-Teste se obteve uma maioria de respostas afirmativas – “**SIM**” – com 69,0% e apenas uma minoria de respostas negativas – “**NÃO**” com 26,2%, estas percentagens modificaram-se totalmente no Pós-Teste, verificando-se que 90,5% das crianças responderam “**NÃO**” e somente 9,5% mantiveram a resposta “**SIM**”. No Pré-Teste, constatou-se ainda uma percentagem de 4,8% que respondeu “**não sei**”, valor que se anulou depois no Pós-Teste.

Aplicando o teste T para amostra emparelhadas, constatámos que estas mudanças têm

significado estatístico ( $p=0,000$ ;  $gl=41$ ;  $t=-5,987$ ).

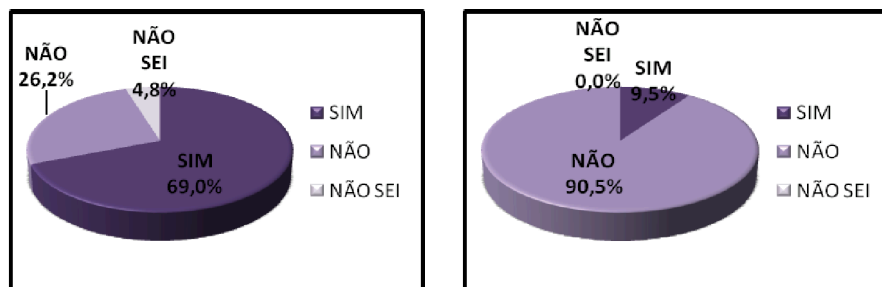


Figura 5. Forma e Tamanho dos Dentes – Pré-Teste Figura 6. Forma e Tamanho dos Dentes – Pós-Teste

Para a questão “**É importante lavar os dentes?**” todas as crianças responderam “SIM”. Apurando os motivos da importância da escovagem dos dentes, verificamos a existência de algumas respostas pouco justificativas, nomeadamente: “**não sei**” (9,5%); “**porque sim**” (11,9%) e “**porque a mãe manda**” (4,8%). Junto a estas, aparece outra que nos parece denotar maior conhecimento do tema, que é “**para comer e crescer**”, atingindo um valor de 4,8% (Figura 7). Todas estas possibilidades de resposta se anularam no Pós-Teste. No entanto, a resposta que mais se destacou foi “**porque senão ficam podres**” registando o valor de 64,3% no Pré-Teste e de 59,5% no Pós-Teste. Houve mais uma resposta comum a ambos os momentos - “**para não ficarmos doentes**” -, cujo valor se manteve inalterado (4,8%).

No Pós-Teste (Figura 8), surgiram respostas mais elaboradas, tais como “**para não ficar com micróbios**” (26,2%) e “**para não ficarmos com cáries**” (7,1%). Verificou-se ainda um mínimo de 2,4% sem resposta.

Através do teste T, podemos confirmar que tais mudanças são significativas ( $p=0,000$ ,  $gl=40$ ;  $t=-3,826$ ).

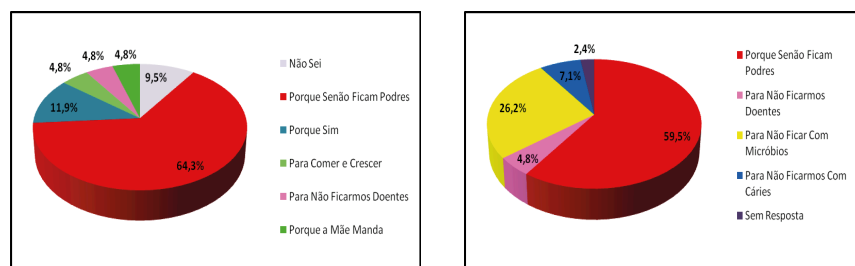


Figura 7. Motivos de escovagem dos dentes – Pré-teste Figura 8. Motivos de escovagem dos dentes – Pós-teste



Em relação à questão **“Costumas escovar os dentes sozinho?”**, as crianças afirmaram ter uma certa *autonomia* para este acto de higiene, aspecto facilmente perceptível nos gráficos das figuras 9 e 10. As respostas afirmativas – **“SIM”** – aumentaram bastante do Pré Teste (69,0%) para o Pós Teste (95,2%), significando um aumento do número de crianças a escovar os dentes autonomamente. Por sua vez, a resposta **“NÃO”** decresceu de 28,6% para 4,8%, do mesmo modo que o mínimo de 2,4% sem resposta no Pré-Teste se anula no Pós-Teste.

Esta mudança também se revelou significativa ( $p=0,001$ ;  $gl=40$ ; e  $t=3,592$ ).

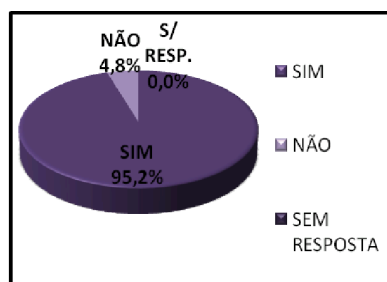
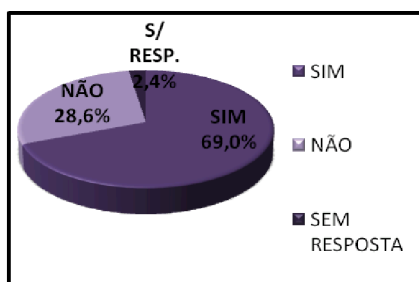


Figura 9. Escovagem Sem Ajuda – Pré-Teste      Figura 10. Escovagem Sem Ajuda – Pós-Teste

Para além deste aspecto da autonomia, as crianças demonstraram conhecer cuidados importantes no âmbito dos actos de higiene, nomeadamente quando lhes foi colocada a questão **“Tens uma escova de dentes só para ti?”**, pois souberam justificar que a escova de dentes é um objecto pessoal e intransmissível. No Pré-Teste (Figura 11), as crianças apresentaram vários motivos referentes ao uso de escova individual, distribuindo-se assim de forma decrescente **“porque os meus pais/irmãos também têm”** (50%); **“para lavar os meus dentes”** (19,0%); **“não sei”** (11,9%); **“porque sim”** (7,1%); **“porque a minha escova é pequena”** (4,8%) e **“porque não se podem usar escovas de outros”** (2,4%). Existe, também, um valor de 4,8 % “sem resposta”.

Atendendo aos dados do Pós-Teste (Figura 12) e comparando com os do Pré-Teste, naturalmente se verifica que existem duas respostas em comum: **“porque os meus pais/irmãos também têm”** e **“para lavar os meus dentes”**, tendo ambas diminuído as suas percentagens para 9,5% e 7,1%, respectivamente. Surgiram ainda outras respostas: **“porque não se podem emprestar”** (26,2%) e **“porque não se podem emprestar porque senão ficamos com micróbios”** (47,6%), valores que se destacam muito. Também o valor relativo a **“sem resposta”** aumentou.

Que estas alterações são significativas é-nos comprovado pelo teste T ( $p=0,000$ ;  $gl=35$ ;  $t=-9,426$ ).

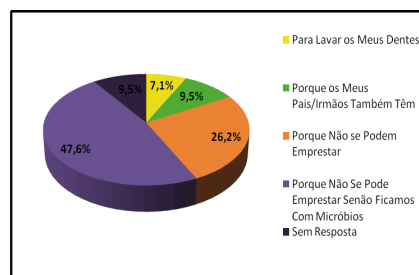
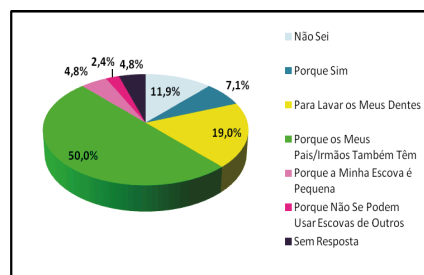


Figura 11. Motivos Escova Individual – Pré-Teste – Pós-Teste

Figura 12. Motivos Escova Individual

Referente ao acto da escovagem, quando foi colocada a questão **“Descreve como lavas os dentes”**, pretendendo averiguar as suas práticas de escovagem, no Pré-Teste (Figura 13) a resposta que mais se evidenciou foi **“lavar os dentes de frente e os de lado”** com uma percentagem de 54,8%. As restantes respostas dividiram-se entre **“lavar os dentes de lado e os de frente”** (14,3%); **“lavar os dentes de baixo e os de cima”** (9,5%) e **“lavar os dentes de cima e os de baixo”** (4,8%). Ainda 9,5% das respostas abordaram **“outra(s) maneira(s)”** de escovagem e 7,1% das crianças não apresentaram qualquer resposta. No Pós-Teste (Figura 14) obtiveram-se algumas respostas comuns às do Pré-Teste, ainda que com valores relativamente baixos: **“lavar os dentes de lado e os de frente”** (2,4%) e **“outra maneira”** (7,1%). Neste teste destacou-se a resposta **“lavar às rodinhas, os dentes de fora, de dentro e de cima”**, dada por metade das crianças (50%). Invertendo um pouco a ordem desta resposta temos ainda **“lavar às rodinhas, os dentes de fora, os de cima e os de dentro”** com 4,8%. Simplesmente **“lavar às rodinhas”** foi a resposta que ficou logo em segundo lugar, tendo sido dada por 28,6% das crianças. Permaneceram sem responder 7,1%.

Constatámos aqui igualmente a existência de mudanças significativas ( $p=0,000$ ;  $gl=35$ ;  $t=-13,447$ ).

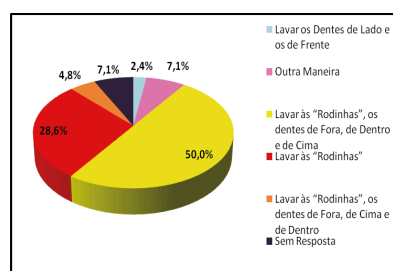
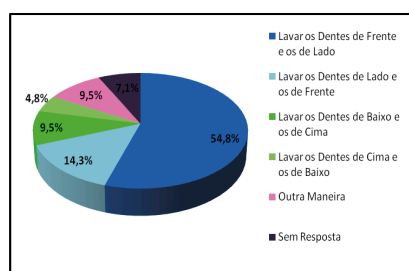


Figura 13. Descrição da Escovagem – Pré-Teste – Pós-Teste

Figura 14. Descrição da Escovagem –

Englobado neste acto de higiene encontra-se ainda a questão **“Lavas a língua com a escova dos dentes?”**. No Pré-Teste (Figura 15) verificou-se que apenas 42,9% das crianças afirmaram ter esta prática, face a uma maioria de 54,8% que respondeu **“NÃO”**, declarando assim não lavar a língua com a escova dos dentes. Constatou-se ainda um mínimo de 2,4% que não respondeu. Porém, esta diversidade de valores anulou-se no Pós-Teste (Figura 16), onde se observou 100% de respostas afirmativas.

A prática de escovar a língua revelou uma alteração que do ponto de vista estatístico adquire significado ( $p=0,000$ ;  $gl=40$ ;  $t=-7,149$ ).

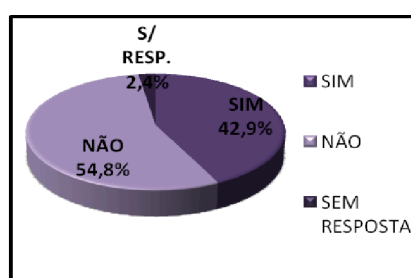


Figura 15. Escovar a língua – Pré-Test

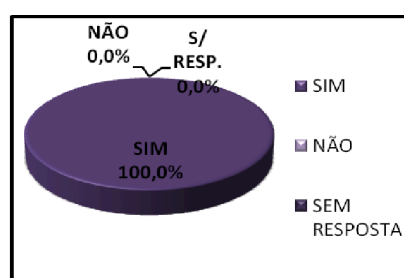


Figura 16. Escovar a língua – Pós-Teste

Abordando um último aspecto extremamente essencial, destacamos as respostas das crianças à pergunta **“Já foste ao dentista?”**. Assim, do Pré para o Pós-Teste, salienta-se o grande aumento das respostas afirmativas – **“SIM”** – passando de 52,4% para 97,6%. As respostas negativas – **“NÃO”** – que atingiram os 47,6% no Pré-Teste (Figura 17), anularam-se no Pós-Teste (Figura 18). Neste último, verificou-se ainda uma percentagem mínima (2,4%) para a opção sem resposta.

Tais resultados, submetidos à análise inferencial apontam tais mudanças significativas ( $p=0,000$ ;  $gl=40$ ;  $t=5,878$ ).

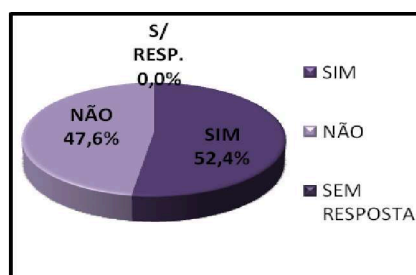


Figura 18. Ida ao Dentista – Pré-Teste

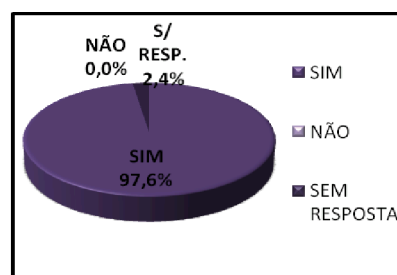


Figura 19. Ida ao Dentista – Pós-Teste

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Neste estudo, as crianças alcançaram conhecimentos, valores e atitudes que evidenciam o sucesso das intervenções. A proximidade com esta matéria aumentou, destacando-se para as crianças a necessidade de manter a boca limpa. O conhecimento dos constituintes da boca, bem como a caracterização e funções dos dentes foram também alvo de mudanças significativas.

Em relação à escovagem, na qual se engloba o hábito de escovar a língua, as crianças alteraram significativamente o seu modo de escovar, começando a fazê-lo de acordo com as indicações do médico dentista. Passaram ainda a ter mais autonomia neste acto de higiene e perceberam a sua imprescindibilidade. Demonstraram começar a encarar a escova de dentes como um objecto pessoal e intransmissível e tiveram a possibilidade de consultar um médico dentista.

Assim com esta investigação-acção, encontramos-nos perante aprendizagens das crianças que geram conhecimentos novos, modificando-se valores, que se exteriorizam em mudanças de atitudes/comportamentos. Esta ideia está presente em Carvalho e Carvalho (2006) ao afirmarem a importância das aprendizagens para mudanças de comportamento.

Neste sentido, afirmamos o papel dos educadores (ME, 1997), dotado de uma intencionalidade educativa crucial para promover a aquisição/mudança de conhecimentos, valores e atitudes das crianças. Adiantando mais, é de realçar novamente que o papel do educador se encontra também evidenciado na promoção da saúde, mais especificamente na higiene oral, de acordo com estudos de Júnior e Mialhe (2008). Outros estudos como Conrado *et al.* (2004) sugerem mesmo que os educadores/professores, devido à sua importância, sejam preparados para abordar a higiene oral, favorecendo também a implementação de programas desta temática nas escolas.

À semelhança do que esta investigação nos indica, vemos a escola, tal como estudos de Rowling e Jeffreys (2000) referem, dotada de um papel indispensável e fundamental, sendo como uma chave para promover a saúde. Possibilita pois, alterar conhecimentos, influenciar ou clarificar valores, mudar convicções e atitudes (Tones & Tilford, 1994)<sup>11</sup>.

A escola é assim *“um espaço de convivência e intensas interações sociais, apresentando-se como um terreno fértil para (...) acções que envolvem a promoção da saúde”* (Moura *et al.*, 2007).

Tal como pudemos constatar, estas *“acções”* carecem da participação de todos e de uma atenção pelo contexto para desenvolver um conjunto de estratégias que permitam a adequação a todos (Rowling & Jeffreys, 2000; Denman, 1998).

Tendo atentado a estes aspectos e direccionando-nos para a educação para a saúde e higiene oral, as mudanças atingidas ao nível dos conhecimentos, valores e atitudes das crianças permitem-nos afirmar que programas/actividades nesta área *“são eficazes na educação do indivíduo”* (Luis *et al.*, 2009: 828).

A abordagem desta temática, constituída numa forma lúdica, permitiu às crianças a oportunidade de adquirir hábitos que influenciaram os seus comportamentos, aspecto

igualmente defendido em estudos de Wind *et al.* (2005). Aqui relembramos a importância de adquirir hábitos correctos desde tenra idade, uma vez que contribuirão para adopção de comportamentos adequados, que por sua vez, conduzirão a estilos de vida saudáveis (Rodrigues *et al.*, 2007) que se reflectirão em qualidade de vida futura.

Com esta investigação, verificamos ainda que o envolvimento da escovagem dos dentes neste mesmo contexto apresenta uma contribuição positiva para as crianças.

Em relação a esta prática da escovagem dos dentes em contexto pré-escolar, continuamos a encontrar diferentes posições face à mesma, apesar das comprovações de benefícios existentes e das palavras da Direcção Geral da Saúde (2005). Tal surge-nos logo ao abordar **profissionais de educação**, educadoras de infância, que nas entrevistas apresentaram opiniões divergentes, afirmando, por lado, que a escovagem dos dentes no contexto pré-escolar é benéfica e por outro, que não é viável, sob pena de se tornar prejudicial para as crianças, atendendo ao facto que, desta prática, poderão advir riscos.

Encontrámos igualmente divergências nos pareceres de **encarregados de educação**. Deparamo-nos portanto, com diferentes perspectivas, sendo que numa, a prática da escovagem dos dentes é vista como positiva nos Jardins-de-Infância, enquanto, na outra, é encarada como um processo complexo, sendo uma “*barafunda*”, da qual podem advir riscos suscitadores de relativa preocupação.

Abordando os **profissionais de saúde** com a sua experiência, estes partilham a mesma opinião, concordando e valorizando a escovagem dos dentes nos Jardins-de-Infância desde que, ao mesmo tempo, se tente minimizar os riscos decorrentes de tal prática.

De entre os riscos, há profissionais de educação que destacam o perigo de contágio de vírus ou doenças passíveis de serem transmitidas pelas escovas, caso haja contacto ou partilha das mesmas e a “confusão” que este processo poderá causar, impossibilitando vigiar todas as crianças durante do processo de escovagem (DGS, 2005). Ainda neste campo dos riscos, Sheiham (2001) refere a possibilidade do crescente número de desigualdades sociais, devendo ser combatida com um trabalho multidisciplinar. A este respeito, a DGS (2005) pronuncia-se afirmando que os elementos de higiene das crianças possam suscitar “troça ou humilhação” devido aos seus níveis de qualidade ou estado de conservação.

Perante estes riscos, a solução passa por ver se estes são efectivamente reais e se assim for, procurar contorná-los e minimizá-los.

Com este estudo, vemos possibilidades de implementar a higiene oral nos jardins-de-infância. O primeiro passo deverá consistir em estabelecer uma relação de confiança com as crianças baseada no diálogo, proporcionando explicações que ajudem a compreensão, pois assim as crianças serão capazes de cumprir as regras/normas que se estabelecerem (Brazelton & Sparrow, 2009). A cooperação entre todos os elementos intervenientes na escovagem é essencial para que todo o processo decorra com eficácia. Merecem também atenção os cuidados no armazenamento para que não haja contacto entre os materiais de cada criança. Uma alternativa a este possível obstáculo consiste em

cada criança possuir um estojo plástico onde possa guardar o seu copo, escova dos dentes e a pasta dentífrica. Também o recurso a copos e escovas dos dentes descartáveis, semelhante aos materiais da nossa intervenção, ajudará a controlar os riscos.

No entanto, mesmo apesar da possibilidade de minimizar riscos, há que admitir a possibilidade da real inexistência de condições para esta prática em alguns Jardins-de-Infância, quer a nível de recursos humanos, quer a nível de recursos materiais. É aqui fundamental analisar cada situação para procurar a forma mais adequada de actuar (DSG, 2005). Atendendo à opinião de profissionais de saúde e da Direcção Geral de Saúde (2005), uma solução que poderá ser geralmente adoptada é a escovagem a seco, o que comprovamos com a ordem e eficácia da sessão interventiva de que foi alvo esta técnica. Permitiu às crianças uma correcta escovagem no Jardim-de-Infância, atendendo à observação que descrevemos no diário de bordo.

Sucintamente, nesta amostra particular, demonstra-se o benefício da educação para a saúde e higiene, no contexto da Educação Pré-Escolar, distinguindo a área da Higiene Oral.

Há efectivamente benefícios comprovados pela mudança de conhecimentos, valores e atitudes. Surgem igualmente obstáculos/riscos efectivos, que se devem procurar contornar com a colaboração de todos.

A Educação Pré-Escolar nos Jardins-de-Infância poderá ser, desta forma e à semelhança de todos os outros níveis de educação, um local por excelência para estas aprendizagens, a nível de conhecimentos, valores e atitudes das crianças, pretendendo alcançar em complementaridade com o meio familiar, numa primeira instância, a saúde oral, numa segunda instância, a saúde em geral e, em terceira e última instância, uma vida futura com qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2009) *A Criança e a Disciplina – O Método Brazelton* (11ª edição). Lisboa: Editorial Presença.

Carmo, H. & Ferreira, M. (2008) *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-Aprendizagem* (2ª edição). Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, A. & Carvalho, G. S. (2006) *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.

Carvalho, A. & Carvalho, G. S. (2008) Eixos de Valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, in B. Pereira & G. S. Carvalho (coordenadoras e co-autoras) *Actividade Física, Saúde e Lazer – Modelos de Análise e Intervenção*. Lisboa – Porto: Lidel.

Cohen, L., Manion L. & Morrison, K. (2008) *Research Methods in Education* (5ª edição). London and New York: Routledge.

Conrado, C. A., Maciel, S. M. & Oliveira, M. R. (2004) *A School-Based Oral Health*

*Educational Program: The Experience of Marringá – PR, Brazil.* Journal of Applied Oral Science, volume 12, n.º 1.

Denman, S. (1998) *The Health-Promoting School: Reflections on School-Parent Links.* Health Education Journal, volume 98, n.º 2, 55-58.

DGS – Direcção Geral de Saúde (2002) *Manual de Boas Práticas em Saúde Oral – Para Quem Trabalha com Crianças e Jovens Com Necessidades de Saúde Especiais.* Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

DGS – Direcção-Geral de Saúde (2005) *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.* Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

DGS – Direcção-Geral de Saúde (2006) *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral: Avaliação do Risco em Saúde Oral.* Circular Normativa n.º 9/DSE de 19 de Julho. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Dias, J. L. (2000) Os Problemas de Saúde dos Portugueses, in J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques & T. Lacerda (orgs) *Educação para a Saúde* (2ª edição). Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Universidade do Minho.

Dias, S. F. (2006) *Educação pelos Pares: Uma Estratégia na Promoção da Saúde.* Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Freitas, C., Paz, M. & Faria, P. (2000) Escola Saudável para Crescer em Saúde, in J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques & T. Lacerda (orgs) *Educação para a Saúde* (2ª edição). Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Universidade do Minho.

Gil, G. & Diniz, J. A. (2008) *A Promoção da Saúde na Educação de Infância: Elaboração de um Instrumento que Privilegia as Práticas dos Educadores.* I Congresso Internacional em Estudos da Criança – Infâncias Possíveis, Mundos Reais. Braga: Instituto de Estudos da Criança.

Gil, G. & Diniz, J. A. (2009) Percepções dos Educadores de Infância Face às Suas Práticas de Educação para a Saúde: Construção e Validação de um Questionário, in J. Bonito (coord.) *Educação para a Saúde no Século XXI – Teorias, Modelos e Práticas*, volume II. Évora: Universidade de Évora.

Hohmann, M. & Weikart, D. P. (2003) *Educar a Criança* – 2ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Júnior, M. M. & Mialhe, F. L. (2008) *A Importância da Professora na Promoção de saúde Bucal dos Escolares.* Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, 20 (1), 19-22.

Luis, H., Assunção, V., Morgado, I., Bernardo M., Martin, M., Leitão, J. & DeRouen, T. (2009) Programa de Educação para a Higiene Oral: Uma Experiência de Intervenção a Nível Individual e a Nível Comunitário, in J. Bonito (coord.) *Educação para a Saúde no Século XXI – Teorias, Modelos e Práticas*, volume II. Évora: Universidade de Évora.

Máximo-Esteves, L. (2008) *Visão Panorâmica da Investigação-Ação*. Porto: Porto Editora.

ME – Ministério da Educação (1997) *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.

Moura, J., Lourinho, L., Valdês, M., Frota, M. & Catrib, A. (2007) *Perspectiva da Epistemologia Histórica e a Escola Promotora de Saúde*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, volume 14, n.º 2, 489-501.

Oliveira, C.C. & Fonte, R. (2008) *Parar para Pensar... Que significa Educar para a Saúde?* II Congresso Nacional de Educação para a Saúde – Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2003) *The World Oral Health Report 2003*, [http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_report03\\_en.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf) (15.11.2009).

Precioso, J. (2004) *Educação para a Saúde na Escola – Um Direito que Urge Satisfazer*. O Professor, n.º 85, III Série, 17-24.

Quivy, R., Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. 1ª edição. Lisboa: Gradiva.

Rodrigues, C. (2008) *Comportamentos, Hábitos e Conhecimentos da Saúde Oral das Crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação* – Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A. & Carvalho, G. (2007) *Os Professores e a Educação/Promoção para a Saúde*. Braga: Universidade do Minho, Departamento de Ciências Integradas e Língua Materna.

Rowling, L. & Jeffreys, V. (2000) *Challenges in the Development and Monitoring of Health Promoting Schools*. Health Education Journal, volume 100, n.º 3, 117-123.

Sheiham, A. (2001) *Mudança Necessária na Política de Saúde Bucal Brasileira: “O Pulo do Gato”*. Jornal do Site Odonto,

<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/antiores/aubrey/artaubrey46.htm> (26.08.2010).

Sheiham, A. (2005) *Oral health, general health and quality of life*. Bulletin of the World Health Organization, volume 83, n.º 9, 644-645.

Sousa, A. B. (2005) *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.

Wind, M., Kremers, S., Thijs, C. & Brug, J. (2005) *Toothbrushing at School – Effects on Toothbrushing Behaviour, Cognitions and Habit Strength*. Health Education Journal, volume 105, n.º 1, 53-61.



## NOTAS

<sup>1</sup> Referido em Máximo-Esteves (2008).

<sup>2</sup> Referido em Precioso (2004).

<sup>3</sup> Referido em Dias (2006).

<sup>4</sup> Referido em Precioso (2004).

<sup>5</sup> Idem.

<sup>6</sup> Idem.

<sup>7</sup> Referido em DGS (2006:1).

<sup>8</sup> Referidos em Gil & Diniz (2009:429).

<sup>9</sup> Referido em Rodrigues (2008).

<sup>10</sup> Referido em Máximo-Esteves (2008).

<sup>11</sup> Referido em Carvalho & Carvalho (2008).